Consejo Superior de la Judicatura
Consejo Seccional de la Judicatura del Atlántico
Tribunal Superior del Distrito Judicial de Barranquilla
Sala Sexta de Decisión –Civil Familia

RADICACIÓN Nro. 42.919 (08001-31-53-010-2020-00037-01)

REPÚBLICA DE COLOMBIA

RAMA JUDICIAL
TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO JUDICIAL
SALA SEXTA DE DECISIÓN
CIVIL – FAMILIA

Barranquilla, veinticinco (25) de enero de dos mil veintiuno (2021)

ASUNTO

Se resuelve acerca del recurso de apelación interpuesto por el apoderado judicial de la parte demandante contra la sentencia de fecha cuatro (04) de septiembre de 2020, proferida por el Juzgado Décimo Civil del Circuito de Barranquilla, al interior del proceso verbal, seguido por JOSE ALFREDO DAZA PLATA Y GUSTAVO ENRIQUE DAZA BRITO contra ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S. A.

ANTECEDENTES

La parte demandante sustentó la demanda en los fundamentos fácticos que se describen a continuación:

Hechos relacionados con el demandante José Alfredo Daza Plata.

1. Que al señor JOSÉ ALFREDO DAZA PLATA le fue reconocida pensión de invalidez por parte de COLPENSIONES, con una pérdida de capacidad laboral de 51.08%. y fecha de estructuración el nueve (9) de junio de 2015.

2. Que como consecuencia de os anterior, el señor JOSE ALFREDO DAZA PLATA es beneficiario de la indemnización por amparo de incapacidad total y permanente de la Póliza Nro. 21919621, tomada por la empresa CARBONES DEL CERREJÓN LIMITED y expedida por ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S. A.

3. Que el demandante JOSÉ ALFREDO DAZA PLATA realizó todos los trámites pertinentes para obtener la indemnización referida.

4. Que la indemnización fue reconocida y pagada a favor del demandante JOSE ALFREDO DAZA PLATA por parte de la aseguradora el día 23 de octubre de 2017, por la suma de $190.138.272,45.

5. Que el señor JOSE ALFREDO DAZA PLATA carece de los recursos económicos para solventar los gastos totales de su familia.

Hechos relacionados con el demandante Gustavo Enrique Daza Brito.

1. Que al señor GUSTAVO ENRIQUE DAZA BRITO le fue reconocida pensión de invalidez por parte de COLPENSIONES, con una pérdida de capacidad laboral de 55,42% y fecha de estructuración el cinco (5) de junio de 2016.

2. Que como consecuencia de os anterior, el señor GUSTAVO ENRIQUE DAZA BRITO es beneficiario de la indemnización por amparo de incapacidad total y permanente de la Póliza Nro. 21919621, tomada por la empresa CARBONES DEL CERREJÓN LIMITED y expedida por ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S. A.

3. Que el demandante GUSTAVO ENRIQUE DAZA BRITO realizó todos los trámites pertinentes para obtener la indemnización referida.

4. Que la indemnización fue reconocida y pagada a favor del demandante GUSTAVO ENRIQUE DAZA por parte de la aseguradora el día 22 de septiembre 2017, por la suma de $190.138.272,45.

5. Que el señor GUSTAVO ENRIQUE DAZA carece de los recursos económicos para solventar los gastos totales de su familia.

PRETENSIONES

De conformidad con los fundamentos fácticos expuestos, la demandante pretende lo siguiente:

1. Que la asegurada ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A. reconozca a favor del demandante JOSÉ ALFREDO DAZA PLATA los intereses por 235 días en mora, causados desde el 1° de enero de 2017 hasta el 31 de diciembre del mismo año, que equivalen al valor de $59.895.457,08.

2. Que la asegurada ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A. reconozca a favor del demandante GUSTAVO ENRIQUE DAZA los intereses por 235 días en mora, causados desde el 1° de enero de 2017 hasta el 31 de diciembre del mismo año, que equivalen al valor de $59..909.599,76.

3. Que se condene a ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A. al pago de las costas y agencias en derecho.

SENTENCIA DE PRIMERA INSTANCIA

Luego del correspondiente trámite procesal, se procedió a dictar sentencia en la cual se resolvió lo siguiente:

"PRIMERO: Desestimar las pretensiones de la demanda por los motivos expresados por este juzgador.

SEGUNDO: Condenar en costas procesales a los demandantes. Liquídese la suma de $2.396.101 como valor de agencias en derecho a favor de la parte demandada."

Inconforme con la decisión, la apoderada judicial de la parte demandante interpuso el recurso de apelación contra la sentencia de primera instancia.

SUSTENTACIÓN DEL RECURSO DE APELACIÓN

El apoderado judicial de la parte demandante sustentó el recurso interpuesto en los términos que se describen a continuación:

> *"Desde el punto vista probatorio está demostrado la mala fe de la aseguradora con respecto al cumplimiento de Ley y la demora en reconocimiento de la cobertura de la contingencia de Incapacidad Permanente Total; si no hubiese sido por el amparo constitucional solicitado que le concedió en el momento oportuno y ordeno a la aseguradora que adelantara el trámite de reclamación cuyo objeto para la parte demandada era demorar para que se diera la caducidad de la reclamación de la póliza de seguro.*
>
> *En el caso de los contratos de seguro que amparen el riesgo de invalidez, por regla general, las aseguradoras han requerido que la pérdida de capacidad laboral esté calificada en un porcentaje igual o superior al 50%. Este porcentaje se determina, por regla general, por "Colpensiones, las Administradoras de Riesgos Profesionales (ARP), las Compañías de Seguros que asuman el riesgo de invalidez y muerte y las Entidades Promotoras de Salud EPS" . Igual competencia le asiste a la Dirección de Sanidad del Ejército Nacional para definir la pérdida de capacidad laboral de "los miembros de la*

fuerza pública, alumnos de las escuelas de formación y sus equivalentes en la policía nacional", de acuerdo con el Decreto 1796 de 2000.

Por ende, debió aceptar la calificación dada por la entidad de la entidad social sin objetar; No como lo hicieron sin ninguna prueba válida solicitando otras calificaciones de la Junta Regional de Calificación debió ser pagada por la aseguradora y no a cargo de los beneficiarios, lo que constituyo morosidad en el pago de la contingencia.

En aplicación al Artículo 1080 del Código de Comercio, el señor JOSE ALFREDO DAZA PLATA, radico solicitud de reconocimiento de póliza en fecha 31/01/2017, el pago se hizo efectivo el 23/10/2017.

Respecto al señor GUSTAVO ENRIQUE DAZA BRITO radicó en la fecha 31/01/2017 y el pago se hizo efectivo el 30/09/2017.

El artículo 29 de la Constitución Política dispuso la posibilidad al instructor Judicial, "lo que ello supuso de una nueva manera ver las pruebas en el contexto del proceso". En el contexto probatorio está demostrado la ocurrencia del siniestro y se dio la garantía a mis Poderdantes quienes demostraron el objeto de la cobertura de la póliza.

Señalamos que los supuestos del debate se centran en demostrar la tardía en el pago atribuible en mora de la obligación.

En conclusión, el pago de la póliza fue realizado en forma tardía.
La premisa de la parte demandada que no se le notifico los documentos requeridos para el pago del siniestro se desvirtúa totalmente con el clausulado de la póliza ya que con la notificación del siniestro se le entregaron dichos documentos."

PROBLEMA JURÍDICO

De conformidad con los elementos materiales probatorios, le corresponde a la Sala determinar si en el caso bajo estudio ¿se configura un retardo injustificado del pago de la obligación condicional por parte de la aseguradora demandada, que conduzca al reconocimiento de los intereses moratorios de que trata el artículo 1080 del Código de Comercio?

CONSIDERACIONES

Sea lo primero expresar, que la alzada viene para ser tramitada a raíz de la interposición del recurso de apelación interpuesto por la parte demandante. Es de advertir que en el desarrollo de la primera instancia se surtieron las etapas

procesales propias del proceso verbal; se brindó a las partes garantías para el ejercicio de los derechos de acción y de defensa; y no se incurrió en causal de nulidad que pueda invalidar lo actuado.

Ahora bien, con el propósito de resolver los problemas jurídicos planteados, le corresponde a la Sala, realizar algunas consideraciones en torno al contrato de seguro particularmente respecto a los elementos estructurales del mismo. Seguidamente resulta necesario efectuar precisiones en torno a la mora en el cumplimiento de obligaciones, de forma general, y de forma particular en torno a la mora en el pago de la prestación debida por parte de la aseguradora, una vez configurados los supuestos de que trata el artículo 1077 del Código de Comercio.

1. Elementos Esenciales del Contrato de Seguro

El Ordenamiento jurídico colombiano específicamente el Código de Comercio en su artículo 1045 establece de manera expresa, los elementos esenciales del Contrato de Seguro en nuestro Sistema. Así, la referida disposición señala como tales: El Interés Asegurable, El Riesgo Asegurado y la Obligación Condicional de la Aseguradora y la Prima, de los cuales, enfocaremos nuestro estudio en los tres primeros.

1.1. Interés Asegurado – Interés que se Protege.

El interés asegurable lo podemos entender como todo aquel derecho que una persona tenga, ya sea respecto de una relación jurídica, una situación jurídica y respecto de su propia humanidad, el cual puede ser vulnerado por un evento dañoso. Bajo esta definición se enmarcan, tanto los seguros de daños, como los seguros de persona. Así pues, a través de la expresión "relación jurídica" se hace referencia al vínculo jurídico existente entre personas, susceptible de ser amparado y, cuando hablamos de "situación Jurídica", aludimos al nexo o vínculo jurídico que las personas establecen con las cosas, que les origina un derecho de ser asegurados. Así mismo toda persona tiene una situación jurídica susceptible de ser protegida respecto de su propio cuerpo y de su propia vida.

El derecho a nivel universal distingue dos grupos de seguros, conforme al interés asegurable que se proteja, a saber: Los Seguros de Daños, mediante los cuales se ampara un derecho de carácter patrimonial, vale aclarar, situaciones jurídicas amenazadas por un riesgo que de ocurrir, originaría un detrimento representable en dinero. Los Seguros de Personas, a través de los cuales se protege una circunstancia personal, no cuantificable en dinero, pero que de materializarse, le correspondería a la compaña aseguradora cancelar una suma de dinero al

beneficiario como compensación por el agravio sufrido de acuerdo con lo pactado en el contrato.

1.2. Riesgo Asegurable

De manera general, por riesgo asegurable podemos considerar aquel suceso futuro con el carácter de incierto, que puede producir un daño al interés asegurado. Respecto a esto debemos señalar que salvo excepciones específicas, nuestro sistema jurídico prescribe la posibilidad de amparar sucesos del pasado, como tampoco permite la posibilidad de amparar sucesos futuros ciertos, salvo la muerte. En el mismo sentido es necesario señalar que el suceso constitutivo del riesgo no puede depender de la voluntad del tomador, asegurado y beneficiario; además debe ser un hecho físicamente imposible.

Conforme expresa, el profesor Antonio Bohórquez Ordúz "el hecho constitutivo del riesgo no puede depender de la voluntad del asegurado, del tomador o del beneficiario. Además debe tratarse de un hecho físicamente posible, de lo contrario el riesgo sería inexistente y la aseguradora no estaría, en realidad, asumiendo obligación alguna."

1.3. Obligación Condicional de la Aseguradora

La obligación condicional de la aseguradora corresponde a la determinación de la suma de dinero que ha de cancelar la entidad aseguradora una vez acecido el siniestro. El carácter condicional de esta se predica precisamente del hecho que esta surge sólo si el siniestro se materializa.

Es necesario señalar que la obligación de la aseguradora, salvo excepciones, no sobrepasa la suma contemplada en el Contrato suscrito. De este elemento se desprende la obligación de pagar la respectiva indemnización o compensación al asegurado o beneficiario, según el caso.

2. Acerca de la mora del deudor.

De forma general, la mora representa un retardo injustificado en el cumplimiento de una obligación o el pago de una prestación. El artículo 1608 del Código Civil establece los supuestos bajo los cuales se configura la mora, en los siguientes términos:

"El deudor está en mora:

1o.) Cuando no ha cumplido la obligación dentro del término estipulado; salvo que la ley, en casos especiales, exija que se requiera al deudor para constituirlo en mora.

2o.) Cuando la cosa no ha podido ser dada o ejecutada sino dentro de cierto tiempo y el deudor lo ha dejado pasar sin darla o ejecutarla.

3o.) En los demás casos, cuando el deudor ha sido judicialmente reconvenido por el acreedor."

Valga precisar que para determinar cuándo el deudor se encuentra incurso en mora, resulta necesario establecer la naturaleza de las obligaciones según su modalidad, toda vez que la constitución en mora varía en atención de la clase de obligación. Así, en tratándose de obligaciones puras y simples, el deudor se constituye en mora con la interpelación que el acreedor le hace para que éste cumpla con la obligación. En las obligaciones sometidas a plazo o en aquellas en las que la ley indica el término en que deben ser atendidas la mora se produce automáticamente una vez se ha vencido el término o plazo dispuesto por el contrato o por la ley. Y finalmente, en tratándose de obligaciones sometidas a condición, la mora se perfecciona una vez cumplida la condición y efectuada la interpelación por parte del acreedor al deudor para que cumpla con la obligación.

3. Acerca de la mora en el cumplimiento de la prestación de pago de la indemnización por parte de la aseguradora: efectos.

Una vez se materialice el siniestro, demostrada su ocurrencia y cuantía, nace en cabeza de la aseguradora la obligación indemnizatoria, como quiera que se cumple la condición establecida. Si se acredita el siniestro en los términos del artículo 1077 del Código de Comercio y la aseguradora no efectúa el pago de la prestación debida dentro del término de un mes, deberá pagar además un interés moratorio igual al certificado como bancario corriente por la Superintendencia Bancaria aumentado en la mitad. Esta sanción se encuentra expresamente establecida en el artículo 1080 del ordenamiento Comercial, el cual consagra lo siguiente:

"El asegurador estará obligado a efectuar el pago del siniestro dentro del mes siguiente a la fecha en que el asegurado o beneficiario acredite, aun extrajudicialmente, su derecho ante el asegurador de acuerdo con el artículo 1077. Vencido este plazo, el asegurador reconocerá y pagará al asegurado o beneficiario, además de la obligación a su cargo y sobre el importe de ella, un interés moratorio igual al certificado como bancario corriente por la Superintendencia Bancaria aumentado en la mitad.

> *El contrato de reaseguro no varía el contrato de seguro celebrado entre tomador y asegurador, y la oportunidad en el pago de éste, en caso de siniestro, no podrá diferirse a pretexto del reaseguro.*
>
> *El asegurado o el beneficiario tendrán derecho a demandar, en lugar de los intereses a que se refiere el inciso anterior, la indemnización de perjuicios causados por la mora del asegurador."*

De conformidad con estas consideraciones, se procederá a resolver el caso concreto.

CASO CONCRETO

De conformidad con el problema jurídico planeador, el caso bajo estudio se contrae a determinar si la demandada ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A. incurrió en mora en el cumplimiento de la obligación condicional, es decir en el pago de la indemnización a favor de los demandantes JOSÉ ALFREDO DAZA PLATA y GUSTAVO ENRIQUE DAZA BRITO. Lo anterior permitirá establecer si efectivamente hay lugar al reconocimiento de los intereses moratorios a favor de aquellos, conforme se pretende a partir del escrito de la demanda.

En el escrito de sustentación, la parte recurrente manifiesta que los señores GUSTAVO ENRIQUE DAZA BRITO y JOSÉ ALFREDO DAZA PLATA presentaron las respectivas reclamaciones ante la aseguradora el día 31 de enero de 2017 y que los pagos tan solo se hicieron efectivo los días 30 de septiembre y 23 de octubre del mismo año, respectivamente. Sin embargo, no se debe confundir el aviso de la ocurrencia del siniestro con la figura de la reclamación.

La Sala debe precisar que en el marco del contrato de seguro existen figuras jurídicas, que, aunque semejantes, no deben confundirse, toda vez que producen efectos distintos. Así las cosas, no puede confundirse la obligación en cabeza del asegurado de notificar a la aseguradora la ocurrencia del siniestro, con la figura de la reclamación. La primera constituye una obligación impuesta por el artículo 1075 del C. de Comercio, conforme a la cual una vez conocida la ocurrencia del siniestro, la asegurada debe dar aviso de ello a la aseguradora dentro de los tres días siguientes. La disposición referida expresamente consagra lo siguiente:

> *"El asegurado o el beneficiario estarán obligados a dar noticia al asegurador de la ocurrencia del siniestro, dentro de los tres días siguientes a la fecha en que lo hayan*

conocido o debido conocer. Este término podrá ampliarse, mas no reducirse por las partes.

El asegurador no podrá alegar el retardo o la omisión sí, dentro del mismo plazo, interviene en las operaciones de salvamento o de comprobación del siniestro."

El profesor Antonio Bohórquez Ordúz señala que "este aviso o noticia de la ocurrencia del siniestro a la aseguradora no debe confundirse con la reclamación, pues aquí basta informar a la aseguradora que el siniestro ocurrió, sin más cargas, mucho menos la de la comprobación de los hechos y los daños. El asegurado cumple esta obligación con el simple hecho de procurar la noticia, que no tiene que ser escrita (…)"[1]

Ocurrido el siniestro viene el aviso a la aseguradora de su ocurrencia, como paso siguiente, y luego sí la reclamación.

La reclamación, por su parte, no es otra cosa que la petición formal que hace el beneficiario de un seguro, por sí mismo o por medio de representante, a la aseguradora, para que ésta le pague la indemnización o la compensación según el caso. Tal reclamación debe ir acompañada de las pruebas de la ocurrencia del siniestro, así como de las que indique el monto del daño, en los denominados seguros de daños, conforme lo establece el artículo 1077 del Estatuto Mercantil. Si se trata de seguro de personas basta al beneficiario con demostrar la ocurrencia del siniestro para que la aseguradora tenga la obligación de pagar la suma asegurada; no ocurre lo mismo en el seguro de daños, donde además se deberá demostrar la cuantía del agravio.

Presentada la reclamación junto con las pruebas, la aseguradora tiene un mes para pagar u objetar, sin que pueda pretextar el reconocimiento del reasegurador o algo parecido, como presupuesto para el pago del siniestro. Si la aseguradora decide objetar la reclamación, es decir, expresar las causas que la eximen de pagar, total o parcialmente, ha de expresarlas dentro del mismo término señalado para pagar.

Todo lo anterior permite señalar lo siguiente:

(I) La reclamación constituye una figura jurídica distinta a la obligación de notificar la ocurrencia del siniestro a la aseguradora por parte del asegurado o beneficiario.

[1] BOHÓRQUEZ ORDUZ, Antonio. De Los Negocios Jurídicos En El Derecho Privado Colombiano. Volumen 3, Segunda Edición.

> (II) La reclamación debe efectuarse en los términos establecidos en el artículo 1077 del Estatuto Mercantil, es decir que la solicitud de pago de la prestación debe encontrarse acompañada de elementos de prueba a través de los cuales se acredite el siniestro y la cuantificación del daño, esto último en tratándose de seguros de daños. Si se trata de seguros de personas basta con demostrar la ocurrencia del hecho constitutivo del siniestro.
>
> (III) Una vez efectuada la reclamación de los términos referidos en el punto anterior, la aseguradora cuenta con el período de un mes para efectuar el pago o para objetar la misma. Si no realiza el pago dentro del término referido, deberá pagar, además de la prestación principal, los correspondientes intereses moratorios. En caso de que la reclamación no se presente conforme lo instituye el artículo 1077 del C. de Comercio, mal podría aplicarse la sanción consagrada en el artículo 1080 del mismo ordenamiento.

En el caso bajo estudio, se encuentra acreditado que el tomador del seguro -CARBONES DEL CERREJÓN LIMITED- notificó a la aseguradora ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A. la ocurrencia del siniestro en el mes de enero de 2017, tal como lo reconoce la misma aseguradora. Sin embargo, no existe al interior del plenario elemento de prueba que permita demostrar de forma fehaciente la fecha en la cual se presentó la reclamación por parte de los beneficiarios de conformidad con el artículo 1077 del Código de Comercio. Cabe precisar que para entender presentada la reclamación ante la entidad aseguradora deben cumplirse los requisitos consagrados en la disposición referida, es decir que con la solicitud de pago de la prestación debe acreditarse la causación del siniestro, allegando los soportes que acrediten la materialización del riesgo.

Si bien es cierto, a partir de los documentos contentivos de las comunicaciones de fecha ocho (8) de junio de 2017, emitidos por la aseguradora, se podría colegir que la reclamación se formuló previamente, estos mismos documentos permiten determinar que la solicitud de pago no se realizó bajo los preceptos consagrados en el artículo 1077 del Estatuto Mercantil, es decir que no se allegaron los elementos necesarios para acreditar la ocurrencia del siniestro. La Sala arriba a esta conclusión, toda vez que en las comunicaciones dirigidas a los demandantes por parte de la aseguradora, se les requiere precisamente para que aporten los elementos tendientes a acreditar la causación del siniestro. Así, en la comunicación dirigida al señor JOSÉ ALFREDO DAZA PLATA, expresamente se señaló:

"Para ALLIANZ es primordial el contacto permanente con sus clientes, con la premisa e intención única de atender sus solicitudes y requerimientos; para continuar con el trámite de la reclamación presentada por el amparo de Incapacidad Total y Permanente a través Carbones de Cerrejón Ltd., atentamente agradecemos dar claridad a los siguientes aspectos y, complementar con los soportes correspondientes".

Y al interior de las conclusiones se señala:

"NO se encuentra soportes médicos y de especialidad que se aportaran Dictámenes o conceptos médicos especialistas que evaluaran las condiciones de Adherencia al tratamiento (CAT), la Mejoría Medica Máxima, las pruebas objetivas de medición para todas las patologías registradas en los .diferentes conceptos tomados como objeto de calificación, siendo la mayoría de orden Osteomuscular NO hubo evidencia de valoración periódica continua y que demuestre el cumplimiento de los tratamientos prescritos de disminuir peso, actividad física y de fisioterapias que están relacionadas por Fisiatría y rehabilitación, y pudieran ser evaluadas en su efectividad o fracaso, no hay concepto que determinara sus resultados máximos de rehabilitación o recuperación con las opciones de tratamiento o recuperación utilizadas. Aunque se demostraron atenciones por psiquiatría se tiene una única valoración que no tiene…" (Ver Folio 115 del Cuaderno Principal).

En el mismo sentido, en la comunicación dirigida al señor GUSTAVO ENRIQUE DAZA BRITO, se señaló:

> *"NO se encuentra soportes médicos y de especialidad que se aportaran Dictámenes o conceptos medicas especialistas que evaluaran las condiciones de Adherencia al tratamiento (CAT), la Mejoría Medica Máxima, las pruebas objetivas de medición para todas las patologías registradas en los diferentes conceptos tomados como objeto de calificación, siendo la mayoría de orden Osteomuscular NO hubo evidencia de valoración periódica, continua y que demuestre el cumplimiento de los tratamientos prescritos de 'disminuir peso, actividad física y de fisioterapias que están relacionadas por Fisiatría y rehabilitación, y pudieran ser evaluadas en su efectividad o fracaso, no hay concepto que determinara sus- resultados máximos de .rehabilitación o recuperación con las opciones de tratamiento o recuperación utilizadas. Aunque se demostraron atenciones por psiquiatría se tienen valoraciones disimiles con una diferencia de años, valoraciones aisladas aportadas, lo que pone en dudas la situación real, más cuando una atención única no tiene soportes de continuidad y evolución de tratamiento no soporta una evaluación periódica, hay una ausencia de soporte de mediciones, objetivas y consideraciones que apoyan el diagnóstico y tratamiento durante el tiempo, ,que en el caso de las patologías de la esfera mental las gulas de práctica clínica expresan la necesidad de seguimiento y determinación de ayudas que permitan objetividad de las mediciones de gravedad y pronostico en los pacientes según estados agudos y evolución."*

Si la parte actora pretendía desvirtuar tal circunstancia, estaba llamada a demostrar la fecha en la que efectuó la reclamación ante la aseguradora y que junto con ella se adujeron las pruebas que acreditaban la materialización del riesgo, de tal suerte que resultaba procedente el pago sin necesidad de acreditar otro tipo de elementos, particularmente los requeridos por la aseguradora en las comunicaciones descritas. Empero, la parte demandante no procedió en tal sentido y adoptó una actitud pasiva en materia probatoria, limitándose a señalar que las reclamaciones efectuadas se encontraban en poder de la entidad aseguradora y que esta conoció del siniestro desde el mes de enero de 2017.

Aunado a lo anterior, en su interrogatorio exhaustivo, al resolver el cuestionamiento acerca de la fecha en la que se realizó la reclamación y se aportaron los documentos requeridos, el señor JOSÉ ALFREDO DAZA manifestó que se efectuó el día 10 de octubre de 2017. Así mismo reconoció que el pago de la indemnización se realizó el 20 de octubre del mismo año, lo cual se ratifica con el comprobante de transferencia por el valor de $190.138.272,00, visible a folio 108 del cuaderno principal. Por su parte, el señor GUSTAVO ENRIQUE DAZA BRITO indicó que la reclamación se efectuó el 17 de octubre de 2017, lo cual no se compadece con la realidad, como quiera que previo a esta fecha, el día 11 de septiembre de 2017, se efectuó el pago de prestación por parte de la aseguradora, tal como se advierte con el comprobante de transferencia por la suma de $190.138.272,00 visible a folio 109 del cuaderno principal.

En términos resumidos, la parte actora no logró acreditar que la aseguradora incurrió en mora en el pago de la prestación, como quiera que ni siquiera demostró de manera fehaciente la fecha en que radicaron las respectivas reclamaciones cumpliendo con los preceptos del artículo 1077 del C. de Comercio. De esta forma, no hay lugar a acceder a los reparos planteados por la parte recurrente frente a este tópico.

Reparo frente al monto de la condena en costas.

Finalmente, en lo que respecta al reparo en torno al monto de la condena en costas establecida en cabeza de los demandantes, la Sala debe precisar que de conformidad con la disposición consagrada en el numeral 5° del artículo 366 del C.G.P., la controversia frente a este tópico solo puede ventilarse a través de los recursos de reposición y apelación interpuestos contra el auto que apruebe la liquidación de costas. Así, la norma descrita expresamente señala lo siguiente:

> *"La liquidación de las expensas y el monto de las agencias en derecho solo podrán controvertirse mediante los recursos de reposición y apelación contra el auto que apruebe la liquidación de costas. La apelación se concederá en el efecto diferido, pero si no existiere actuación pendiente, se concederá en el suspensivo."*

DECISIÓN

A partir de las consideraciones expuestas, se procederá a confirmar la sentencia la sentencia de fecha cuatro (04) de septiembre de 2020, proferida por el Juzgado Décimo Civil del Circuito de Barranquilla, al interior del proceso verbal, seguido por JOSE ALFREDO DAZA PLATA Y GUSTAVO ENRIQUE DAZA BRITO contra ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A.

En mérito de lo expuesto, la Sala Sexta de Decisión Civil Familia, administrando justicia, en nombre de la República y por autoridad de la ley,

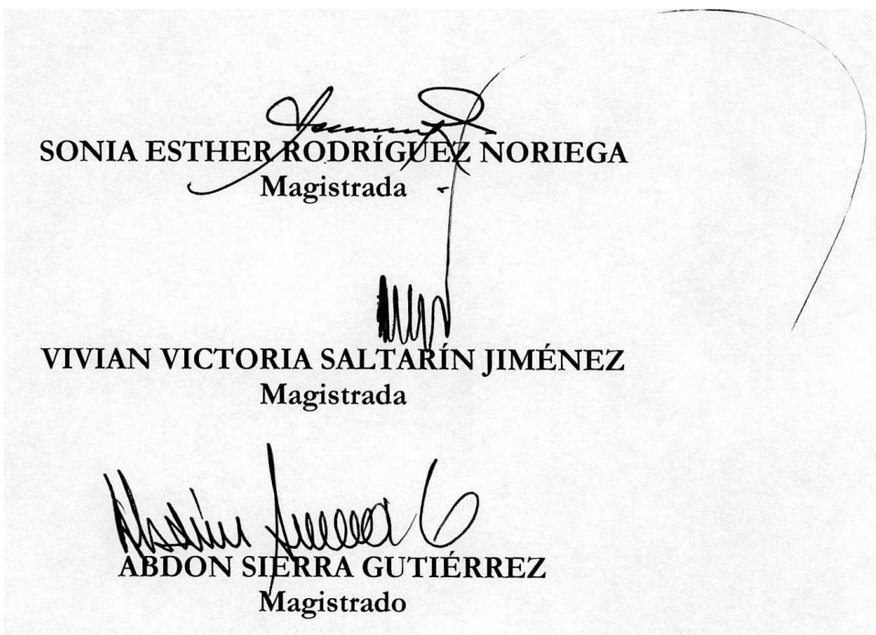
RESUELVE

1. CONFIRMAR la sentencia objeto de apelación de cuatro (04) de septiembre de 2020, proferida por el Juzgado Décimo Civil del Circuito de Barranquilla, al interior del proceso verbal, seguido por JOSE ALFREDO DAZA PLATA Y GUSTAVO ENRIQUE DAZA BRITO contra ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A., de conformidad con las razones expuestas en la parte considerativa de esta providencia.

2. Condénese en costas a la parte vencida. Fíjese como agencias en derecho la suma equivalente a un (1) S.M.L.M.V.

3. Una vez ejecutoriada la presente decisión, remítase el expediente al juzgado de origen.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE



SONIA ESTHER RODRÍGUEZ NORIEGA
Magistrada

VIVIAN VICTORIA SALTARÍN JIMÉNEZ
Magistrada

ABDON SIERRA GUTIÉRREZ
Magistrado